

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Verein für Menschen mit Behinderung im Kreis Böblingen e.V.
Eschenriedstr. 42 71067 Sindelfingen

Gläubiger-Identifikationsnummer: D E 6 2 Z Z Z 0 0 0 0 9 6 3 0 3 3

Mandatsreferenz :
(vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

NAME, VORNAME

STRASSE

PLZ ORT

ICH / WIR wünsche (n), dass folgende Beträge von eingezogen werden

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> EINZELMITGLIEDSCHAFT
Jahresbeitrag 30,- € | <input type="checkbox"/> FAMILIENMITGLIEDSCHAFT
Jahresbeitrag 35,- € |
| <input type="checkbox"/> Eine Spende in Höhe von € | <input type="checkbox"/> einmalig <input type="checkbox"/> jährlich |

Bankverbindung

IBAN

BIC Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (ggf. des gesetzlichen Vertreters)